



Elegibilidad basada en el programa

Coloque una marca de verificación al lado de algún programa en el que usted o los miembros de su familia estén inscritos:

No se requiere documentación:

Programa de Asistencia Nutricional; Copunes de Alimentos (SNAP, por sus siglas en inglés)
Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)
Medicaid

Proporcionar documentación:

Beneficio de Pensión de Veteranos o Sobreviviente
Asistencia de la Vivienda Pública Federal (Sección 8)

Programas específicos tribales

Se requiere documentación:

Asistencia General de la BIA, Oficina de Asuntos de Nativos Americanos)
Asistencia Temporal Tribal para Familias Necesitadas)
Programa de Distribución de Alimentos para las Reservas Indígenas
Tribal Head Start (solo aquellas familias que cumplan con la norma de ingresos que reúnan los requisitos)

Complete la Sección 2b SOLAMENTE si no califica para ninguno de los programas de la Sección 2a.



ELEGIBILIDAD BASADA EN INGRESO

Marque con una el tamaño de su hogar. Para calificar, el ingreso anual del su hogar debe estar dentro del rango indicado junto al tamaño de su hogar. Un hogar se define como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en el mismo domicilio y comparten ingresos y gastos. Se debe incluir un comprobante del ingreso con la solicitud

Tamaño del Hogar	Ingreso Bruto Anual	Tamaño del Hogar	Ingreso Bruto Anual	Tamaño del Hogar	Ingreso Bruto Anual
<input type="checkbox"/> 1	\$0 - \$18,347	<input type="checkbox"/> 3	\$0 - \$31,091	<input type="checkbox"/> 5	\$0 - \$43,835
<input type="checkbox"/> 2	\$0 - \$24,719	<input type="checkbox"/> 4	\$0 - \$37,463	<input type="checkbox"/> 6	\$0 - \$50,207

¿Hay más de 6 miembros en su hogar? Comuníquese con nosotros al 1-800-848-4442.

**Proporcione uno o más de los siguientes documentos como prueba de de su ingreso:
(Proporcione solo las copias; no se devolverán los originales)**

- Declaraciones de impuesto estatales o federales del año anterior
- Estado de cuenta del ingreso actual de su empleador
- Talones de pago de cualquier período de tres meses consecutivos en los últimos 12 meses
- Estado de beneficios de la Administración de Veteranos
- Estado de beneficios de la Compensación de Trabajadores Desempleados
- Estado de beneficios del Seguro Social
- Estado de beneficios de pensión o jubilación
- Documentación de la orden de divorcio o pensión alimenticia que contenga la información del ingreso.

3

Acuerdo

Acepto bajo pena de perjurio las siguientes declaraciones:

Usted debe poner sus iniciales en la casilla de cada declaración.

Inicial Entiendo que al completar esta solicitud no seré aprobado automáticamente para recibir el beneficio de Oregon Lifeline. Asimismo, seré notificado por escrito sobre el estado de mi solicitud.

Inicial Entiendo que mi hogar solo puede recibir un beneficio de Lifeline y, declaro que mi hogar no recibirá más de un beneficio de Lifeline.

• Un hogar se define como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en el mismo domicilio y que comparten los ingresos y los gastos.

Inicial Acuerdo que mi proveedor de servicio puede proporcionar a Oregon Public Utility Commission (la Comisión de Servicios Públicos de Oregon), Federal Communications Commission (la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC, por sus siglas en inglés), y Universal Service Administrative Company (la Compañía Administrativa de Servicio Universal (USAC, por sus siglas en inglés) toda la información que estoy proporcionando en este formulario. Entiendo que esta información ayuda a operar el programa de Lifeline y que, si no la proporcionó, no podré obtener los beneficios de Oregon Lifeline.

Inicial Entiendo que el beneficio de Oregon Lifeline no puede ser transferido o proporcionado a otra persona.

Inicial Entiendo que si me mudo, proporcionaré mi nuevo domicilio al proveedor de servicio dentro de un plazo de 30 días.

Inicial Entiendo que debo informar a mi proveedor de servicio dentro de un plazo de 30 días si dejo de calificar para recibir el beneficio de Lifeline, incluyendo si:

- 1) Yo, o aquella persona de mi hogar que califica, deja de calificar en alguno de los programa del gobierno o debido al ingreso.
- 2) Ya sea que yo o alguien en mi hogar obtenga más de un beneficio de Lifeline (incluyendo, más de un servicio de internet de banda de Lifeline, más de un servicio telefónico de Lifeline, o ambos servicio telefónico de Lifeline y servicio de internet de banda de Lifeline).

Inicial Oregon Public Utility Commission podrá revisar si continúo calificando en cualquier momento. En caso que necesite recertificar (renovar) mi beneficio de Lifeline, entiendo que debo responder en la fecha límite o seré removido del programa de Lifeline y mi beneficio de Lifeline será suspendido.

Inicial Sé que proporcionar información falsa o fraudulenta para obtener los beneficios del programa de Lifeline es sancionable por ley y puede resultar en un período de encarcelamiento, o en la prohibición permanente para participar en el programa.

Inicial Declaro que toda la información y los acuerdos que proporcioné es este formulario son verdaderos y correctos.

Firma del solicitante _____	Mes	Día	Año
Escriba su nombre: _____	Fecha	/	/

4

Información del agente

Responda sólo si la persona de ventas somete este formulario.

Nombre completo del Agente		
Nombre	Apellido	Apellido
Número de identificación del agente		Fecha de nacimiento del agente
		Mes / Día / Año



Proveedor de servicio

- Incluya con su solicitud una copia de su documentación de elegibilidad, si es necesario.

Access Wireless

- Access Wireless proporciona un teléfono gratuito; también puede utilizar o comprar su propio dispositivo compatible.
- **Plan gratuito:** 1000 minutos, mensajes de texto ilimitados y 4,5 GB de datos.
- Envíe su solicitud por correo a:
Access Wireless
One Levee Way, Ste 3116
Newport, KY 41071
O bien
- Envíe un fax a: 1-888-594-4473
- Envíe una solicitud por internet en www.accesswireless.com/lifeline ¿Tiene preguntas? Póngase en contacto con Access Wireless al 1-888-900-5899.